

## **BAB III**

### **METODE PENULISAN**

#### **3.1 Rancangan Penulisan**

Pendokumentasian atau pencatatan dari asuhan kebidanan yang telah dilakukan oleh peneliti adalah menggunakan metode varney dan SOAP (mengacu pada KepMenKes RI nomor 938/MenKes/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan) dan dirumuskan dalam data fokus

a. Metode Pendokumentasian 7 Langkah Varney

**Tabel 3.1 Metode 7 Langkah Varney**

<b>Langkah</b>	<b>Keterangan</b>
Langkah I (pengumpulan data dasar)	Pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Mengumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.
Langkah II (interpretasi data dasar )	Identifikasi yang benar terhadap diagnose atau masalah klien dan kebutuhan berdasarkan interpretasi yang benar atas data – data yang telah dikumpulkan.
Langkah III (mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial)	Mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan.
Langkah IV (identifikasi kebutuhan yang memerlukan tindakan segera)	Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

---

Langkah V (merencanakan asuhan yang menyeluruh)	Merencanakan asuhan yang menyeluruh, Rencana asuhan yg menyeluruh meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari klien.
Langkah VI (melaksanakan perencanaan)	Melaksanakan rencana asuhan pada langkah ke lima secara efisien dan aman.
Langkah VII (evaluasi)	Dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan.

---

b. Metode Pendokumentasian SOAP

- S : Data Subjektif terfokus mencatat hasil anamnesis, auto anamnesis maupun Allo anamnesis, sesuai keadaan klien
- O : Data objektif terfokus mencatat hasil pemeriksaan; fisik, laboratorium dan penunjang, sesuai keadaan klien.
- A : Assessment (penilaian) mencatat diagnosis dan masalah kebidanan, berdasarkan data fokus pada klien
- P : Plan (perencanaan) mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti : tindakan antisipasi, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/tindak lanjut dan rujukan

## 3.2 Ruang Lingkup

### A. Sasaran

Ruang lingkup asuhan kebidanan meliputi ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan menyusui, bayi baru lahir dan neonatus, ibu dalam masa antara (pengambilan keputusan dalam mengikuti keluarga berencana atau pemilihan alat kontrasepsi)

1. Ibu hamil , asuhan kebidanan pada ibu hamil adalah asuhan yang diberikan bidan pada ibu hamil untuk mengetahui kesehatan ibu dan janin serta untuk mencegah dan menangani secara dini kegawatdaruratan yang terjadi pada saat kehamilan
2. Ibu bersalin, asuhan yang di berikan bidan pada ibu bersalin adalah melakukan observasi serta pertolongan persalinan pada ibu bersalin kala I, kala II, kala III dan kala IV
3. Ibu nifas , asuhan kebidanan pada ibu nifas adalah asuhan yang diberikan bidan pada ibu nifas, normalnya berlangsung selama 40 hari atau sekitar 6 Minggu. Pada siklus ini bidan memberikan asuhan berupa memantau involusi uteri (kontraksi uterus, perdarahan) tanda bahaya masa nifas, laktasi, dan kondisi ibu serta bayi
4. Bayi baru lahir, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan bidan pada bayi baru lahir yaitu memotong tali pusat, membantu melakukan IMD, melakukan observasi ada tidaknya gangguan pada pernafasan dsb, pemeriksaan fisik serta memandikan

5. Neonatus, asuhan kebidanan pada neonatus adalah asuhan yang diberikan bidan pada neonatus yaitu memberikan pelayanan, informasi tentang imunisasi dan KIE sekitar kesehatan neonatus
6. Pelayanan KB , asuhan kebidanan pada pelayanan KB adalah asuhan yang diberikan bidan pada ibu yang akan melakukan pelayanan KB (pengambilan keputusan dalam mengikuti keluarga berencana atau pemilihan alat kontrasepsi

#### B. Tempat

Tempat pengambilan data studi kasus dilakukan di PMB Mastuoh, SST. Tajinan Kabupaten Malang

#### C. Waktu

Waktu pengambilan data studi kasus dilakukan pada Desember 2021—31 Januari.

### **3.3 Pengambilan Data (Metode Dan Instrument)**

#### **3.3.1 Metode Pengumpulan Data**

Metode pengumpulan data menggunakan pendekatan manajemen kebidanan (pengkajian, diagnosis kebidanan, rencana tindakan, implementasi, evaluasi) secara holistik, dan menekankan pada tindakan serta masalah sesuai topik penelitian yaitu:

##### a. Anamnesa

Anamnesa dilakukan untuk mengkaji biodata, keluhan, riwayat kesehatan, riwayat kesehatan keluarga, riwayat obstetri yang lalu dan sekarang, riwayat

KB, pola kebiasaan sehari – hari dan data psikologi yang berpedoman pada konsep manajemen kebidanan Varney.

b. Kajian Dokumen

Metode pengkajian dokumen digunakan untuk menggali data berupa dokumen terkait data pribadi riwayat kesehatan serta riwayat obstetri maupun ginekologi ibu. Dokumentasi yang digunakan sebagai acuan dalam studi kasus ini dengan buku KIA.

c. Observasi dan Pemeriksaan

Observasi dan Pemeriksaan digunakan untuk pengumpulan data melalui indera penglihatan (perilaku pasien, ekspresi wajah, dan lain-lain). Observasi dan Pemeriksaan dilakukan minimal 3 kali kunjungan ANC. Observasi dan Pemeriksaan yang dilakukan pada ibu hamil trimester III mulai usia kehamilan 36 minggu adalah pemantauan kesejahteraan ibu dan janin. Pada ibu dilakukan pemeriksaan untuk memantau keluhan subjektif, keadaan umum ibu, tanda-tanda vital dan pertumbuhan berat badan. Pemantauan kesejahteraan janin meliputi DJJ, TBJ, letak, presentasi janin dan gerakan janin.

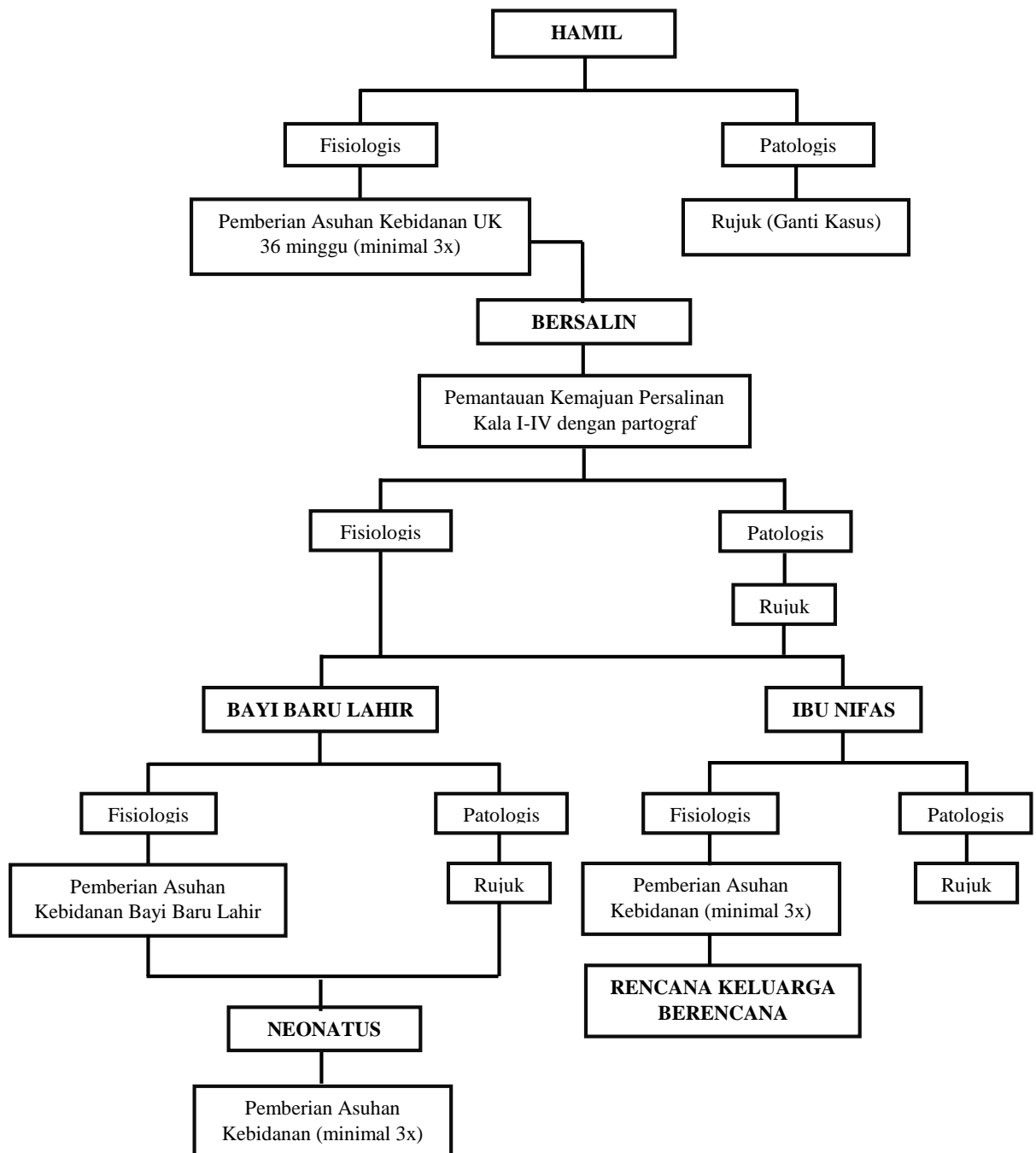
### **3.3.2 Instrumen Pengumpulan Data**

Instrumen pengumpulan data merupakan alat yang digunakan untuk mengumpulkan data saat melakukan studi kasus. Instrumen yang digunakan sesuai dengan asuhan kehamilan adalah sebagai berikut:

Tabel 3.2 Instrumen Studi Kasus

Instrumen	ANC	INC	Neonatus/ BBL	PNC	KB
<b>DOKUMENTASI</b>					
Buku KIA	√	√	√	√	√
Form. SOAP	√	√	√	√	√
KSPR	√				
Form KARTU IBU SEHAT	√				
Lembar Penapisan		√			
Lembar Observasi		√			
Partograf		√			
Ceklis APN		√			
<b>TINDAKAN</b>					
Tensimeter	√	√	√	√	√
Stetoskop	√	√	√	√	√
Pita LILA	√		√		
Doppler/ Funandoskop	√	√			
Timbangan	√	√	√	√	√
Microtoise	√				
Metline	√	√	√		
Hammer	√				
Partus Set		√			
Hecting set		√			
Lembar balik Pemilihan Kontrasepsi					√
Jam tangan	√	√	√	√	√
Alat tulis	√	√	√	√	√

### 3.4 Kerangka Kerja Kegiatan Asuhan Kebidanan Berkesinambungan (Continuity Of Care)



**Gambar 3.1 Kerangka Kerja Asuhan Kebidanan Berkesinambungan**

### **3.5 Etika dan Prosedur Pelaksanaan**

Penyusunan LTA yang menyertakan manusia sebagai subyek perlu adanya etika dan prosedur yang harus dipatuhi oleh penyusun. Adapun etika dan prosedurnya adalah :

1. Perijinan yang berasal dari institusi tempat penelitian atau instansi tertentu sesuai aturan yang berlaku di daerah tersebut.
2. Lembar persetujuan menjadi subyek (informed consent) yang diberikan sebelum asuhan dilaksanakan agar subjek mengetahui maksud dan tujuan asuhan yang diberikan. Apabila subjek setuju maka lembar persetujuan tersebut dapat ditanda tangani
3. Tanpa nama (anonimity) dalam menjaga kerahasiaan identitas subyek, penyusunan tidak mencantumkan nama subyek pada lembar pengumpulan data dan LTA cukup dengan memberikan kode inisial saja
4. Kerahasiaan (confidential). Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari subyek dijamin oleh penyusun.